Abcés du poumon

Dr F. Ziane
Maitre assistant en pneumophtisiologie
Hopital central de l'armée

OBJECTIFS

- Definir un abcés
- Enumerer les facteurs favorisants et les germes en cause
- Poser le diagnostic positif de l'abcés
- Savoir évoquer une cause locale en particulier neoplasique chez le sujet a risque et corps étranger chez l'enfant
- Eliminer les diagnostics differentiels
- Connaitre les modalités de prélevements en vue d'isoler le germe en cause
- Connaitre les modalités therapeutiques en precisant leur indications
- Connaitre l'evolution et les complications
- Assurer la surveillance

PLAN

I. Définition
II. Interet de la question
III. Epidemiologie
IV. Pathogénie
V. Le diagnostic positif
VI. Le diagnostic différentiel
VII. Les complication
VIII. Le traitement
IX. Conclusion

I. Definition:

Suppuration collectée dans **une cavité néo-formée**, creusée dans **le parenchyme pulmonaire** par **une infection aiguë non tuberculeuse**.

II. Interet de la question:

- Urgence diagnostique et thérapeutique
- Pronostic peut étre sévere
- Peut cacher une neoplasie

III. **Epidemiologie:**

- Les formes classiques sont devenues plus rares en raison de la banalisation de l'antibiothérapie. Pour les même raisons, emergent des abcès frustes décapités par une antibiothérapie à l'aveugle.

- Les germes responsables sont de plus en plus des germes résistants (anaérobies, Staph, BGN)

- Le Sex ratio = 4 (Affection de l'homme)

- La distribution selon le sexe suit la distribution des facteurs de risques (essentiellement l'alcoolisme et le tabagisme).

IV. Pathogénie:

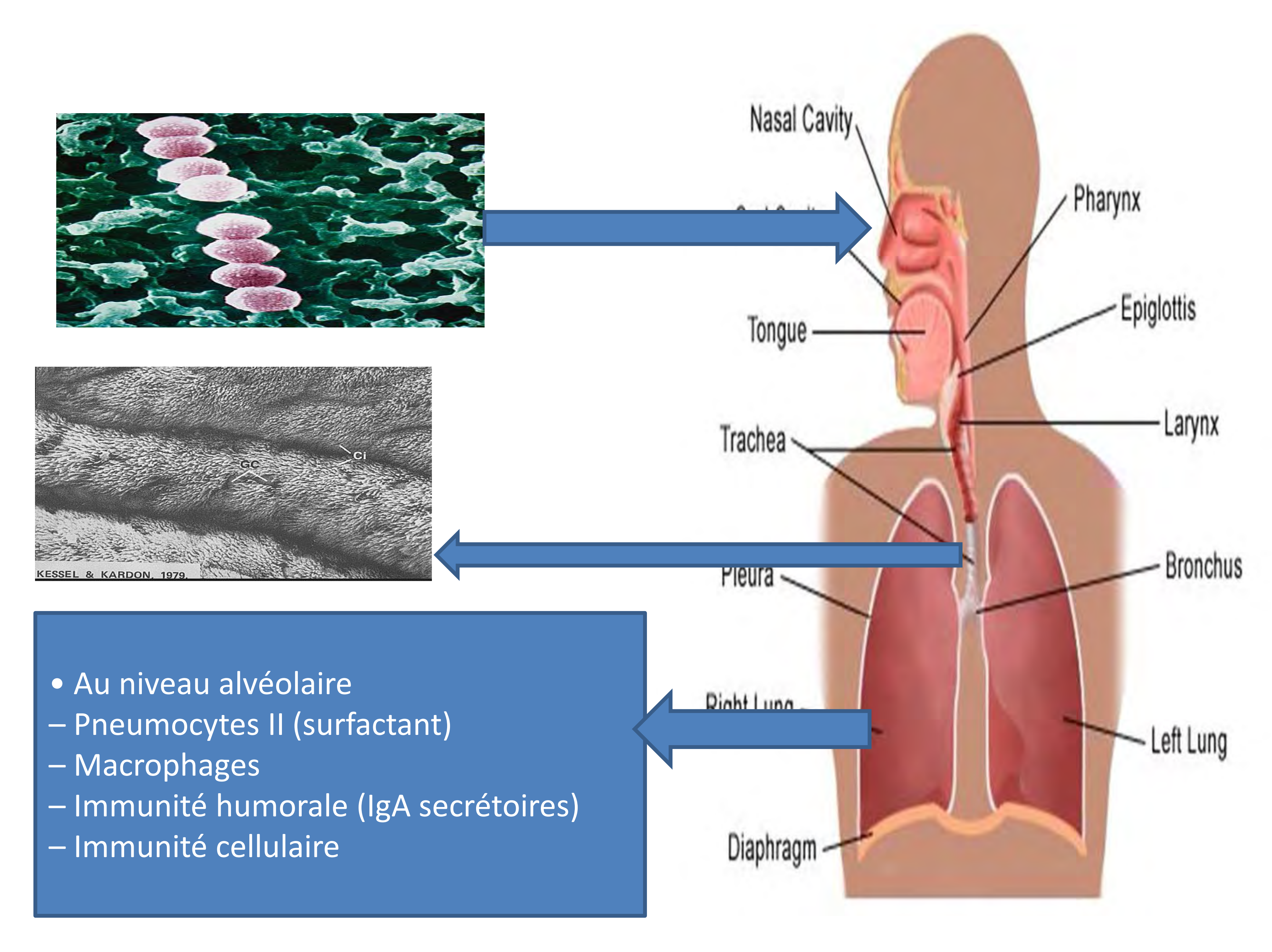
A. Inoculation du parenchyme:

1. par voie bronchique (situation la plus fréquente):

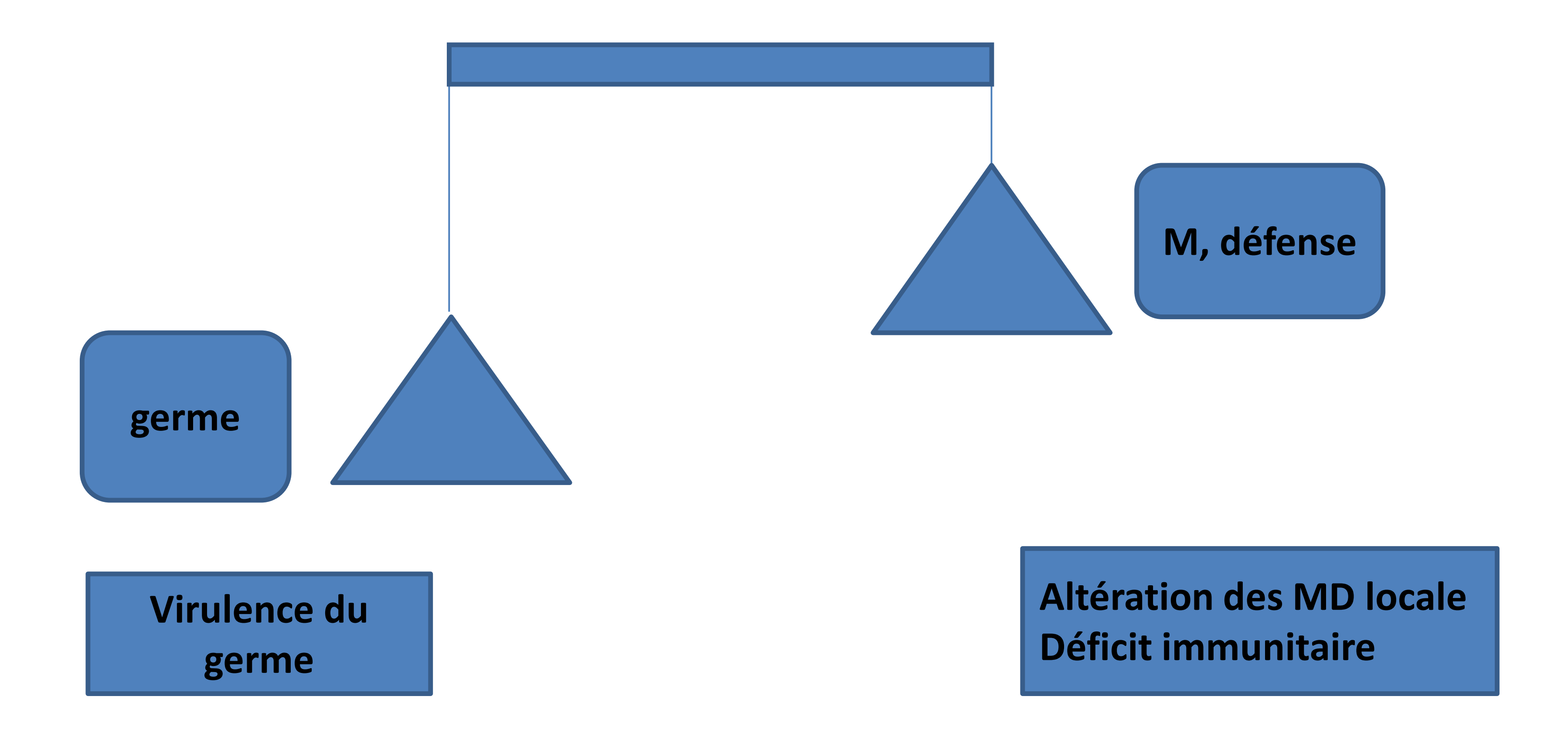
- Inhalation de particules septiques, régurgitation
- Fréquence de l'atteinte des segments dorsaux

2. par voie vasculaire: Cette éventualité plus râre s'observe surtout en milieu hospitalier et provoque la formation d'abcès multiples

3. Par contiguite: propagation suppuree locoregionale (S/diaphragmatique, mediastinale)


Ci
GC
KESSEL & KARDON, 1979.
Nasal Cavity
Pharynx
Epiglottis
Tongue
Larynx
Trachea
Pleura
Bronchus
Left Lung
Diaphragm
• Au niveau alvéolaire
– Pneumocytes II (surfactant)
– Macrophages
– Immunité humorale (IgA secrétoires)
– Immunité cellulaire

Balance hôte-germe



B. Les facteurs favorisants:

1. Le terrain: est toujours particulier:

- Éthylisme, tabagisme
- Diabète
- Corticothérapie au long cours
- Immunosuppression
- Réanimation respiratoire

2. La porte d'entrée: doit être soigneusement recherchée:

- Dentaire (anaérobie)
- Sinusienne
- Cutanée (Staphylococcie)

- **NB:** Un facteur local d'inoculation doit toujours être recherché: la première cause est l'obstruction de la bronche du territoire abcédé. Cette obstruction est le plus souvent tumorale.
- La fibroscopie est donc toujours systemetique chez le patient a risque de cancer bronchique.

C. Les germes en cause:

1. Anaérobies

peptostreptocoques , bactéroïdes fragilis,fusobactérium nucleatum

2. Grams négatifs

klebsiella pneumoniae ,pseudomonas aeruginosa bacillus proteus

3. Grams positifs

Staphylocoque doré, le pneumocoque

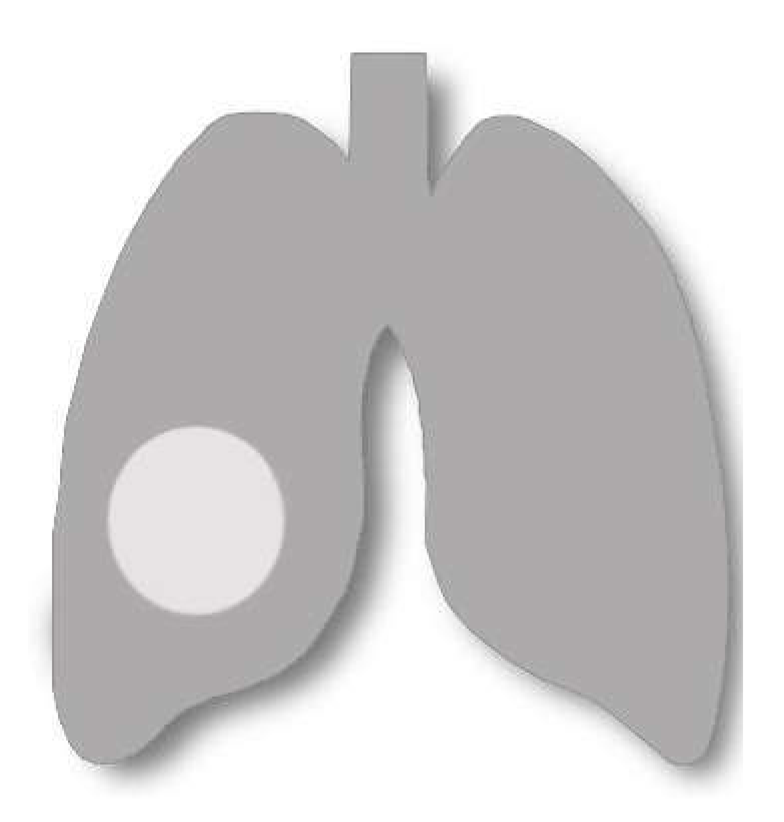
V. Le diagnostic positif:

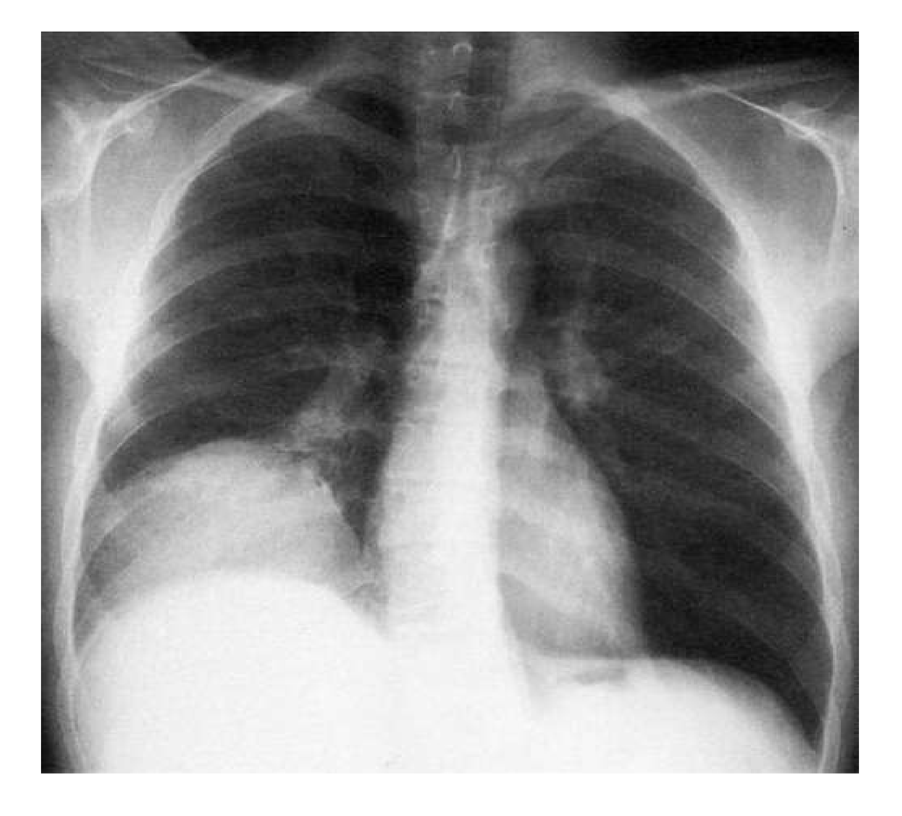
A. Clinique: TDD: forme typique d'evolution spantanee en l'absence de toute antibiotherapie

- Evolution en trois phases:

1. A la PHASE DE FOYER FERME: clinique et radiologique

le malade présente des symptômes très proches d'une pneumonie aiguë avec toux, douleur thoracique et fièvre. Cependant, l'altération de l'état général est beaucoup plus marquée que lors d'une pneumonie banale.



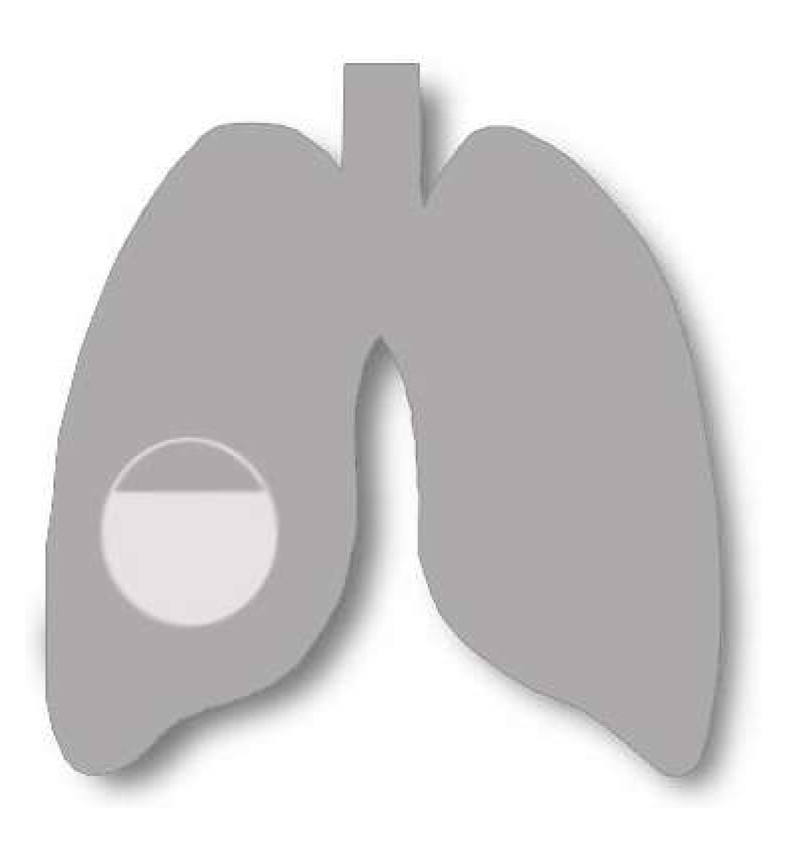


2. La VOMIQUE: clinique pure

Est le maître symptôme de l'abcès. Du jour au lendemain, le malade présente une expectoration très purulente d'odeur putride (rappelant celle de la souris crevée) et de volume souvent très abondant. La vomique s'accompagne d'une défervescence.

3. A la PHASE DE FOYER OUVERT: clinique et radiologique

l'altération de l'état général est très marquée. Aux phases de rétention avec faible volume des expectoras et fièvre, succèdent des périodes de détersion avec défervescence et vomique: ainsi, les courbes d'expectoration et de fièvre se croisent.





➢ *Signes physiques:*

- *L'examen physique d'un malade atteint d'un abcès est peu spécifique et variable. Le seul élément important est **la fixité topographique** des signes d'auscultation lors d'examens Quotidiens.*
- *Les tares associees et la porte d'entree doivent etres recherchees.*

B. Signes radiologiques:

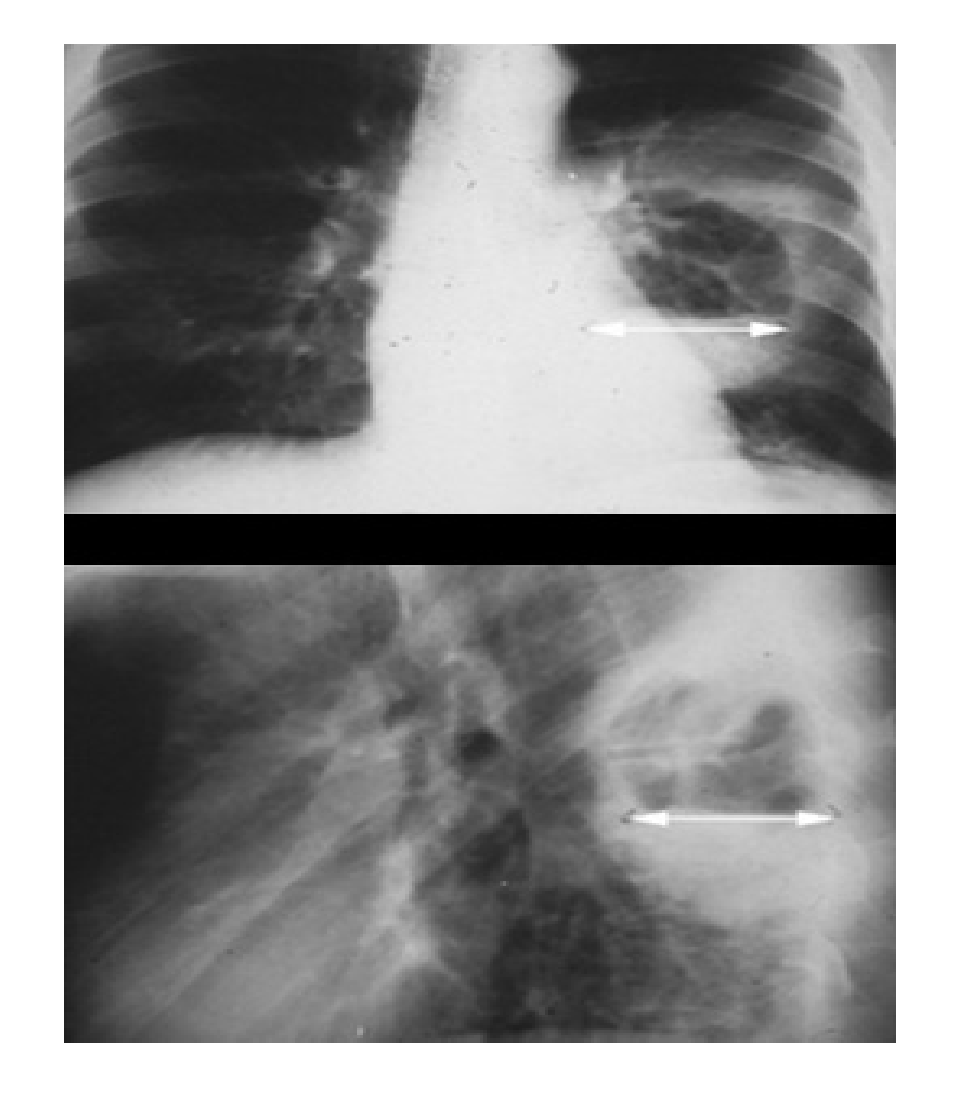
- *La radiographie thoracique est l'examen de reference:*

Les quatre grands signes radiologiques sont:

1. image hydro-aérique
2. paroi
3. Bronche de drainage
4. Variabilité du niveau sur plusieurs examens

Image d’abces du poumon





C. La biolologie

- Hyperleucocytose
- Syndrome inflammatoire
- Recherche d'une tare métabolique associée telle qu'un diabète.

D. La bacteriologie:+++

L'examen bactériologique est fondamental dans le choix de l'antibiothérapie.

Il faut, au mieux, effectuer les prélèvements bactériologiques avant antibiothérapie mais il ne faut pas attendre les résultats pour débuter le traitement.

Donc la bactériologie est d'autant plus efficace qu'elle est faite:

- Avant l'antibiothérapie
- Le plus proche possible de la vomique

Quels prélèvements doit on effectués ?

- Les hémocultures : indispensables
- L'analyse de l'expectoration : peu de valeur du fait de leur contamination par la filière ORL
- Les prélèvements au cours de l'endoscopie par :brosses protégées , AB, LBA

TRES IMPORTANT !

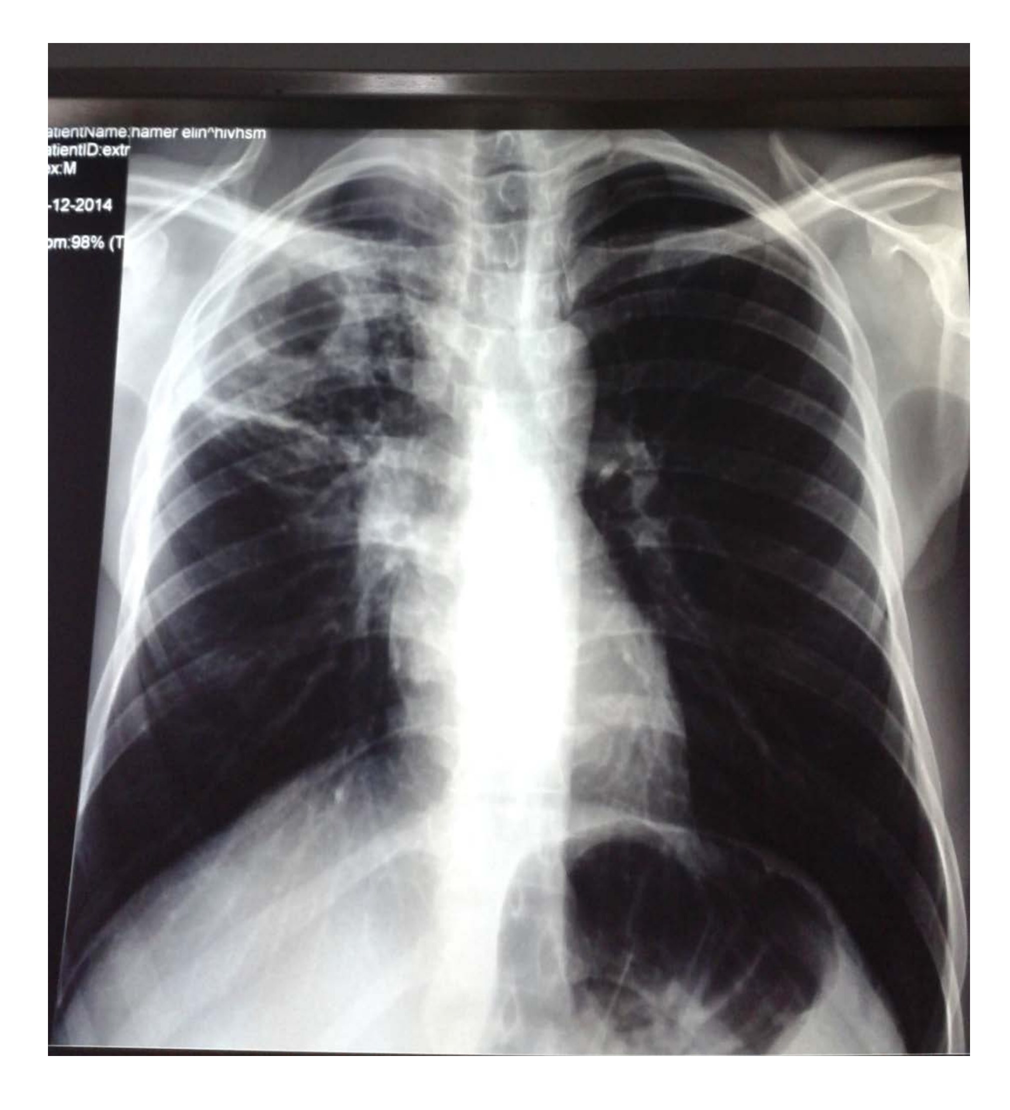
La fibroscopie bronchique est justiee dans deux situations:

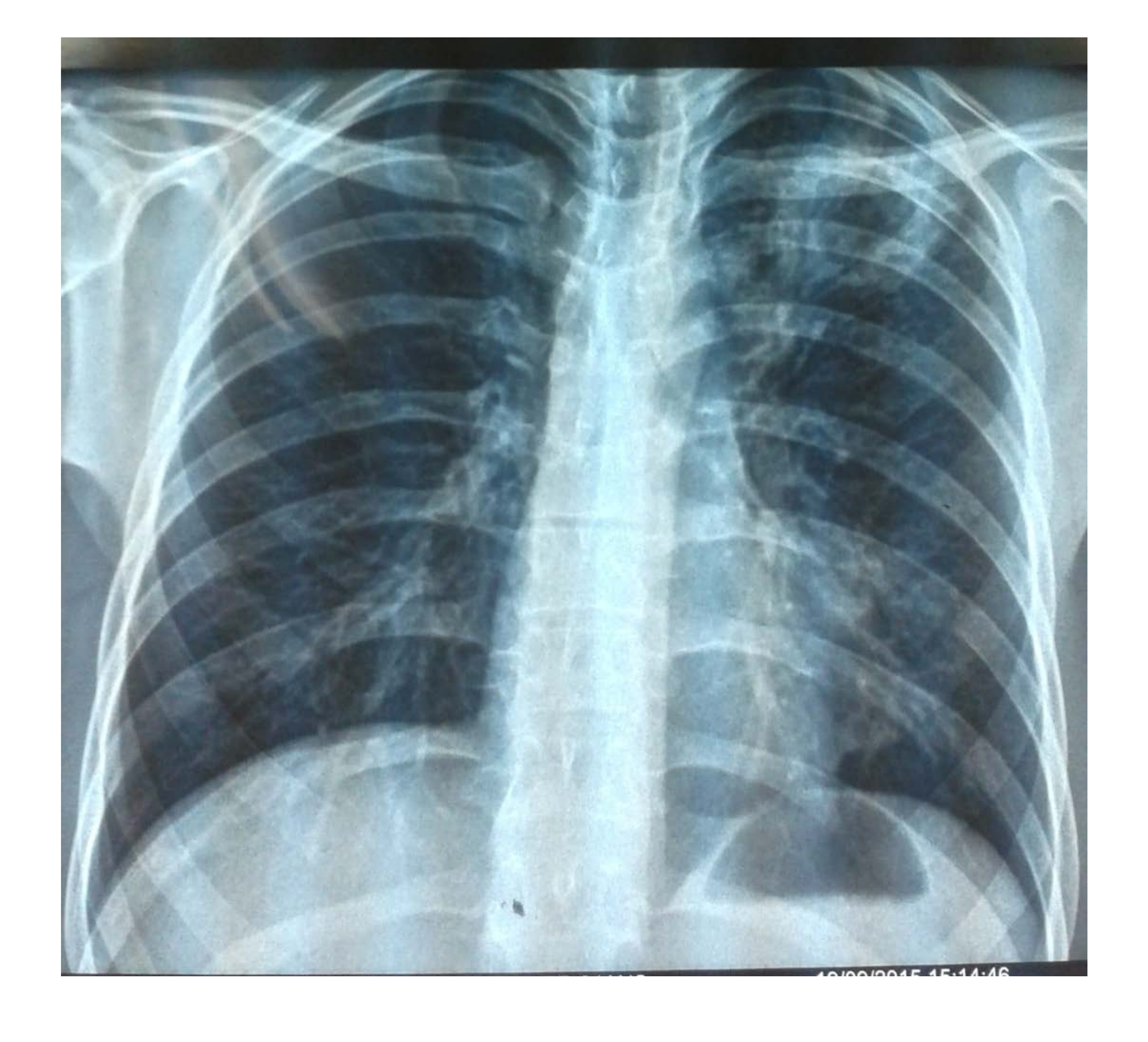
- Patients a risque de cancer bronchique
- Negativite des PRL bacteriologiques chez un patient qui n'a pas repondu au TRT.

VI. Le diagnostic differentiel

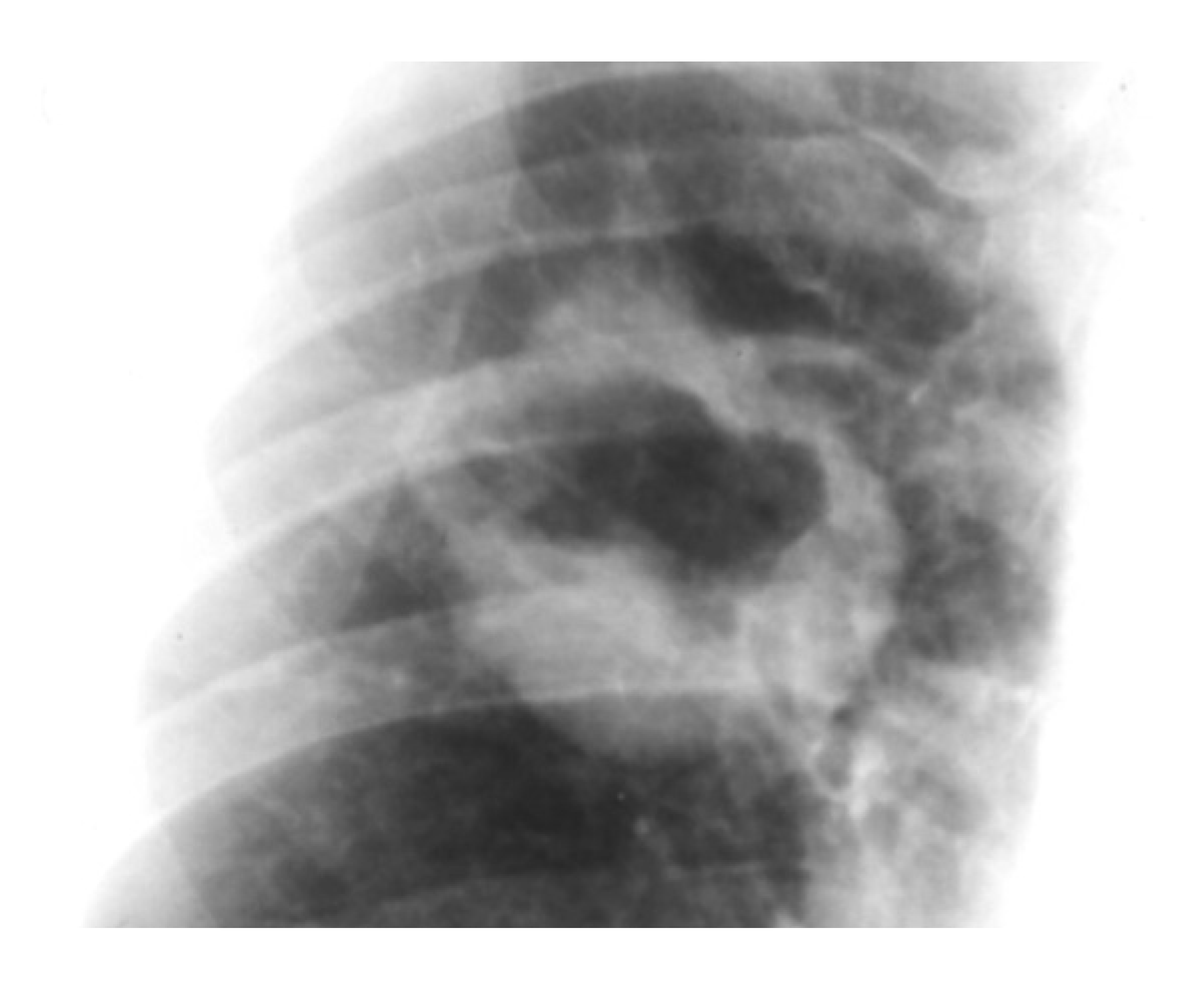
1. La tuberculose pulomonaire
2. Le cancer bronchique excave
3. KHP rompu
4. Pneumonie alvéolaire excavée
5. Aspergillome intra cavitaire

•Tuberculose pulmonaire





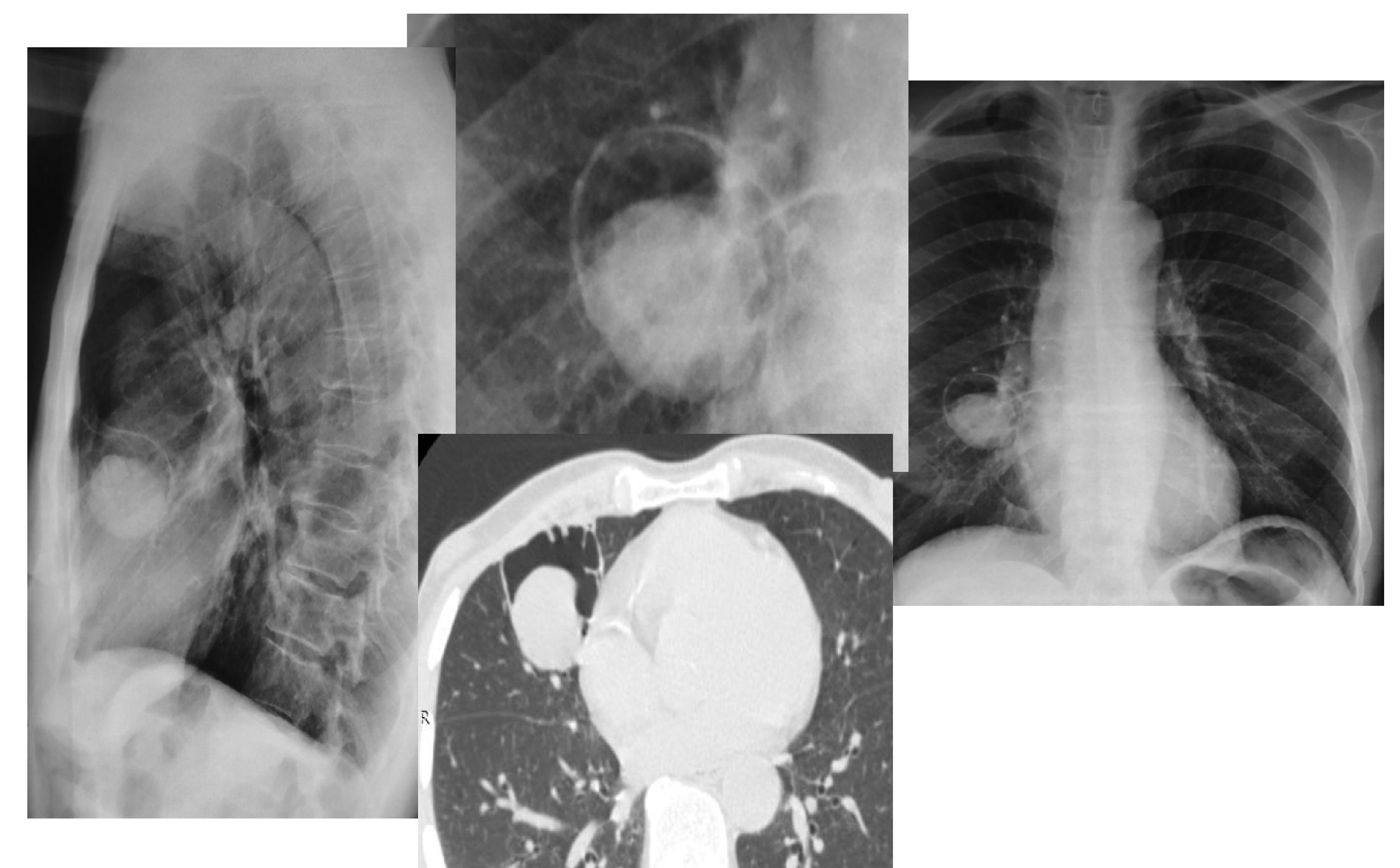
Cancer excave



KHP rompu



Aspergillome intra cavitaire



VII. Complications:

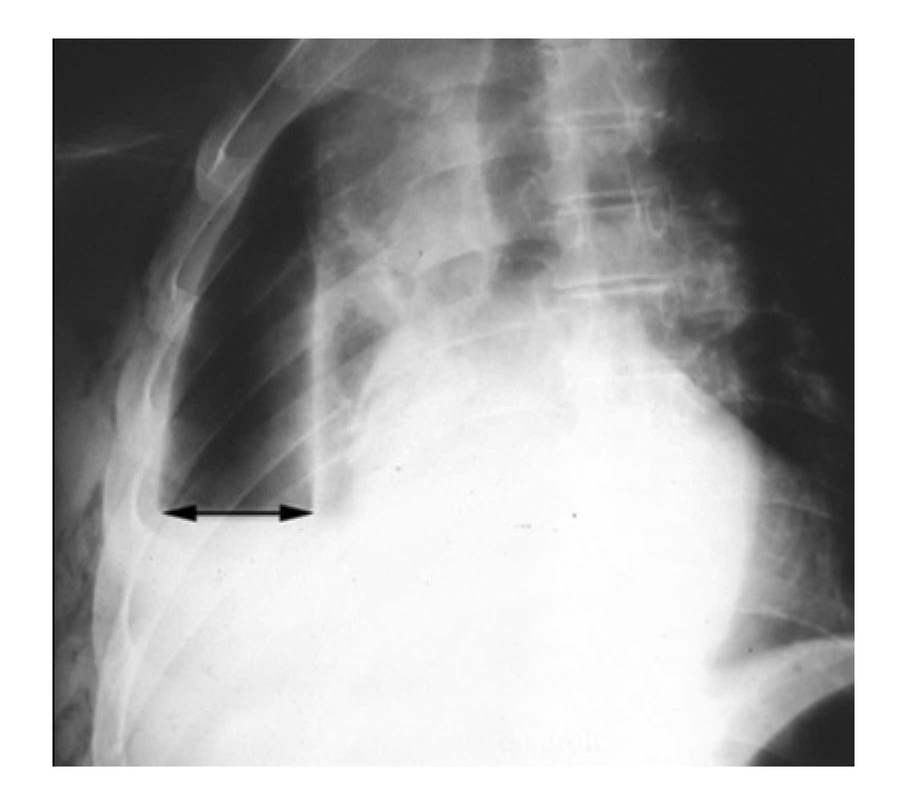
A. Les complications à la phase aiguë sont:

1. La vomique asphyxique par inondation bronchique
2. La septicémie responsable d'abcès cérébraux, d'abcès rénaux ou de coagulation intravasculaire disséminée.
3. La pleurésie purulente par ouverture de l'abcès dans la plèvre.
4. La cachexie liée au terrain nutritionnel

B. Les complications à long terme sont:

1. Les dilatations des bronches
2. Cavite residuelle (risque de greffe aspergillaire)

Hydro PNO



VIII. Traitement:

A. Deux objectifs :

1. traiter l'infection
2. traiter le terrain

B. Moyens :

- *Traitement de l'infection:*

- Association d'antibiotiques synergiques, adaptés et par voie parentérale: l'antibiotherapie doit etre:

1. précoce,
2. Au debut; en fonction du tableau clinique et de la probabilite baccteriologique
3. Puis adaptee aux resultats des prélèvements fiables
4. Doit couvrir obligatoirement les anaerobies
5. prolongé : 8 semaines

- Support nutritionnel

- Kinesitherapie de drainage pour evacuer les secretions purulentes

- Traitement du terrain:

1. Corriger les eventuelles decompensations des tare associees:

- Diabete
- BPCO
- Insuffisance cardiaque
- Insuffisance respiratoire

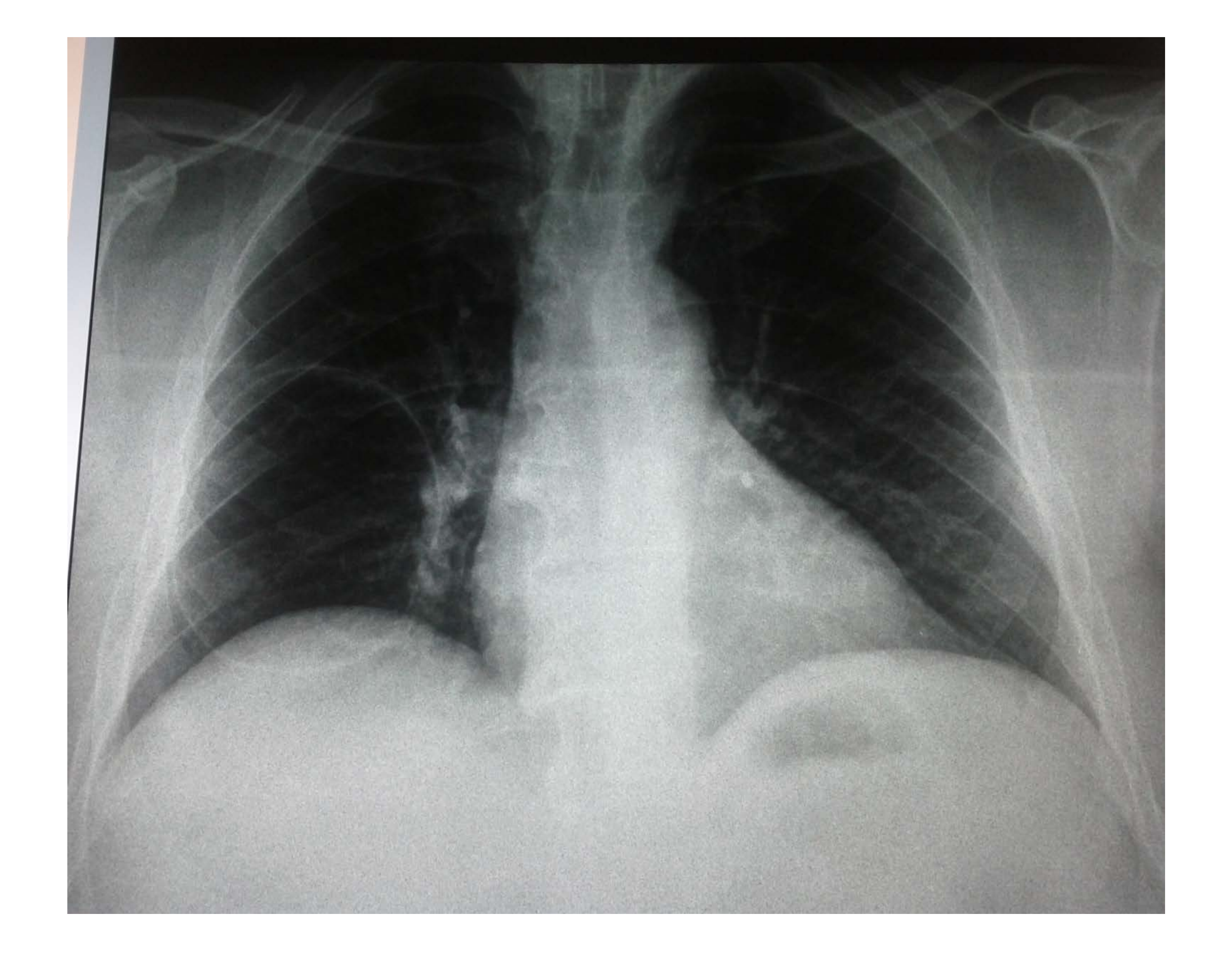
2. Sevrage tabagique

C. Surveillance du traitement

1. la fièvre
2. La volumetrie et l'aspect des expectorations
3. Tolerance de traitement

4. la radio du thorax :Evolutions radiologiques est souvent satisfaisante avec:

- Restitution ad integrum
- Séquelle stellaire
- Cavité a paroi très fine



IX. Conclusion:

Trois notions essentielles :

- un terrain est souvent associé (terrain debilite)
- le traitement est une urgence et l'antibiotherapie doit etre précoce et efficace
- la fibroscopie est indispensable chez le sujet a risque de cancer et en cas de negativite des examens bacteriologiques.